

ANNEE 1927

THÈSE

N° 52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARCEL-ANDRÉ HUREZ

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Valenciennes (Nord), le 19 Janvier 1899

Travail du Service et du Laboratoire du Docteur H. DUFOUR
(Hôpital BROUSSAIS)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement de la Tuberculose Pulmonaire

PAR UN COMPOSÉ SÉRO-MÉDICAMENTEUX

(DÉNOMMÉ : COMPOSÉ L. T.)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1927



THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Hurez

ANNEE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARCEL-ANDRÉ HUREZ

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Valenciennes (Nord), le 19 Janvier 1899

Travail du Service et du Laboratoire du Docteur H. DUFOUR
(Hôpital BROUSSAIS)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement de la Tuberculose Pulmonaire

PAR UN COMPOSÉ SÉRO-MÉDICAMENTEUX

(DÉNOMMÉ : COMPOSÉ L. T.)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÆPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgi- cale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.
HARVIER	Pathologie médicale.

MM.

HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

REITTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	VILLARET. . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet. . . .	Clinique médicale in- fantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

- Pleurésies purulentes à pneumocoques bilatérales et simultanées, guérison (Bulletins de la Société de Pédiatrie, n° 5-6-mai-juin 1925). En collaboration avec MM. DUFOUR et J. BROCA.
 - Dépôts de mucine (Tophi du Myxœdème) au niveau des doigts dans un cas de myxœdème acquis de l'adulte (Société Méd. des Hôpitaux de Paris. Séance du 8 mai 1925). En collaboration avec M. DUFOUR et Mlle PAU.
 - La réponse du facial à la compression du nerf auriculo-temporal chez les encéphalitiques parkinsoniens (Société Méd. des Hôpitaux de Paris. Séance du 9 juillet 1926). En collaboration avec MM. DUFOUR et DUHAMEL.
-

A MA FIANCÉE

*Qui veut bien partager, avec moi les
difficultés et les joies de la vie de
médecin.*

A MON PÈRE

Homme d'une énergie et d'une ténacité incomparables qui m'a donné, par son exemple, l'amour du travail.

A MA MÈRE

Humble gage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON MEILLEUR MAITRE

M. LE DOCTEUR HENRI DUFQUR

MÉDECIN DE L'HOPITAL BROUSSAIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a inspiré cette thèse et à qui je
voue le plus respectueux attache-
ment.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de ma reconnaissance
et de mon admiration.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1919-1927

Stage hospitalier

M. LE PROFESSEUR QUENU

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SCHWARTZ

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. CHIRAY

Externat

M. LE DOCTEUR CHEVRIER

M. LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

M. LE DOCTEUR LOUIS FOURNIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ I. DE JONG

M. LE DOCTEUR GUILLEMOT

Internat provisoire

M. LE DOCTEUR H. DUFOUR

Internat

M. LE DOCTEUR CATHALA

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

M. LE DOCTEUR H. DUFOUR

A MES MAITRES DE CONFÉRENCES D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

MM. JANET, BROUET, MOREAU, MAURER

Préliminaires

Le nombre des médicaments proposés pour le traitement de la tuberculose pulmonaire est, en vérité, considérable et chaque jour en voit naître de nouveaux.

Cela prouve évidemment qu'aucun d'entre eux n'est arrivé à démontrer dans tous les cas son efficacité certaine.

Il en est résulté un certain scepticisme sur la valeur de la thérapeutique médicamenteuse dans la tuberculose pulmonaire et l'on est même allé jusqu'à proclamer sa totale vanité.

Mais tout le monde reconnaît que le traitement de la tuberculose pulmonaire ne peut guérir en l'état actuel de nos connaissances ni les infections hypervirulentes généralisées, ni les lésions pulmonaires arrivées à un stade trop avancé.

On sait parfaitement ce qu'on peut attendre actuellement du pneumothorax artificiel qui n'a la prétention ni de guérir tous les tuberculeux pulmonaires, ni même de sauver définitivement, sans crainte de rechute, ceux qu'il a sérieusement améliorés.

Il en est de même pour le sanatorium.

« Mais, comme le dit notre maître M. Dufour, fermer les yeux pour ne pas voir les résultats obtenus par d'autres procédés thérapeutiques, sous prétexte qu'ils ne guérissent pas tous les tuberculeux, indique une mentalité étroite. Crier au charlatanisme en face des efforts tentés dans des voies nouvelles, c'est jeter le discrédit sur les autres, en essayant d'asseoir plus solidement sa propre réputation ».

Il n'empêche que, dans ces dernières années, l'armement anti-tuberculeux s'est enrichi de divers médicaments qui ont amené des guérisons ou des améliorations dont il faut tenir le plus grand compte.

Certes, tous comptent des succès et des échecs.

Mais quelle est la médication qui réussit à tout coup ? Les recherches patiemment conduites doivent amener, surtout, par la leçon des échecs, à choisir les cas qui sont justiciables de tel ou tel médicament.

A cet égard, l'expérience récente de la sanocrysine est des plus typiques.

Comme le fait remarquer Jacquenod à son propos, ce fut peut-être une erreur des médecins danois de laisser expérimenter ce médicament chacun « à sa façon ».

« Des faits biologiques et chimiques indiscutables avaient démontré que, dans certaines conditions, la sanocrysine était capable de guérir des lésions tuberculeuses. Mais on faisait de sérieuses ré-

serve. Ce médicament produisait des effets toxiques qui demandaient la plus grande circonspection dans son mode d'emploi et dans le choix des malades.

En opposition avec ces sages avertissements et dans l'idée d'arriver le plus vite possible à des preuves concluantes, on s'empressa un peu partout d'appliquer ce nouveau remède, à doses très fortes, chez des malades très gravement atteints et les résultats furent désastreux.

Néanmoins, certains faits troublants n'en apparurent pas moins. A côté de ces aggravés, quelques malades avaient guéri ou présenté des améliorations rapides, tout à fait surprenantes. La question demandait donc à être reprise et soumise à un examen plus approfondi ».

Nous rappellerons que Ch. Garin indiquait tout récemment les conditions de succès de ce médicament : malades jeunes, à lésions bilatérales récentes, fébriles, sans albuminurie et chez qui la cure sanatoriale après quinze jours n'a modifié ni la courbe thermique ni le poids.

L'exemple de la sanocrysine nous frappe d'autant plus qu'il est plus récent.

Mais il en a été ainsi pour bien d'autres médicaments préconisés contre la tuberculose.

Ce que nous devons retenir et conclure de tout cela, c'est qu'entre l'enthousiasme irraisonné et le dénigrement systématique il y a place en cette matière de thérapeutique, pour un esprit d'*éclectisme* bienfaisant.

Nous disposons actuellement contre la tuberculose pulmonaire de quelques très bons médicaments de fond. A nous de ne pas les discréditer en les employant sans discernement chez tous les tuberculeux.

C'est dans cet esprit que nous abordons ici l'étude de *deux procédés thérapeutiques*, employés depuis plusieurs années déjà, par notre Maître le Docteur Dufour, tant dans son service de l'Hôpital Broussais que dans sa clientèle privée. Nous voulons parler :

1°) D'une part de *l'iodo-benzo-méthyl-formine*.

2°) D'autre part, d'un nouveau composé séro-médicamenteux dénommé « Composé L. T. », celui-ci est préparé par M. Dufour dans son laboratoire, avec la collaboration de sa surveillante Mme Dionet, qui a mis dans cette préparation toute son habileté professionnelle.

Nous donnons plus loin la teneur, le mode d'administration, les indications du composé L. T., ainsi que les résultats obtenus (1).

(1) Nous laisserons de côté l'étude de l'acide arsénieux (administré sous forme de granules de Dioscoride) qui s'est montré un excellent médicament dans la tuberculose pulmonaire à condition qu'on s'adresse à des malades atteints de lésions peu étendues, peu avancées, restant au-dessous de 38° avec anémie et dénutrition.

L'étude de ce médicament, d'ailleurs employé depuis fort longtemps, a été faite par G. GOUVERNAIRE dans sa thèse inspirée par M. DUFOUR.

Indications et contre-indications de l'iodo-benzo-méthyl-formine

En ce qui concerne ce médicament, la posologie et les indications en ont été données par M. Dufour dans diverses communications ou publications antérieures, ainsi que dans la thèse de Mlle Curtil, inspirée par lui. Nous préciserons ici seulement quelques points :

L'iodo-benzo-méthyl-formine convient tout particulièrement aux *tuberculoses torpides* apyrétiques ou subfébriles. Les cas les plus favorables sont ceux que M. Pissavy range dans le cadre des *formes nodulaires discrètes*.

On pourra également soumettre à ce traitement les tuberculeux à forme *bronchitique* ou *emphysémateuse*, ainsi que les *anciens asthmatiques*.

Trotot (de Cambo-les-Bains) dit avec raison que les hémoptysies ne constituent pas une contre-indication. L'observation I que nous devons à Maurice Debray le démontre.

L'iodo-benzo-méthyl-formine se montre un excellent médicament quand on l'emploie dans les cas *en évolution débutante*.

C'est à ces seules classes de tuberculeux qu'il faut réserver l'emploi de l'iodo-benzo-méthyl-formine.

Il faut en effet éliminer les formes granuliques et septicémiques en évolution aiguë :

Elle sera également à éviter dans les tuberculoses du groupe pneumonique avec fièvre élevée.

Il faut éliminer son emploi dans les tuberculoses anciennes où la coque fibro-caséuse semble rendre inopérante l'action focale du médicament, ou entraîner l'apport de substances défensives contenues dans les humeurs.

Car toute médication destinée à guérir la tuberculose doit viser un double but :

1° Aider à l'obtention d'une immunité dont l'organisme fera les frais.

2° Favoriser la sclérose qui enkystera les lésions.

« Or, dans ce travail d'enkystement, la congestion péri-focale répétée, puis chronique, joue le rôle essentiel. Le rôle du thérapeute, dans l'état actuel de la Science, doit être de la provoquer ou de l'entretenir, mais sans faire éclater le foyer. Or, il existe une multitude de produits congestionnants à l'égard de la tuberculose. Tous ces produits sont, comme les langues d'Esope, bons ou mauvais, suivant l'usage qu'on en fait. Bien maniés, ils peuvent être d'excellents facteurs de cure » (LEURET).

Il y a une autre raison également qui semble rendre l'action du médicament beaucoup moins efficace. C'est lorsque des microbes d'infection secon-

daire, sont venus s'ajouter à la lésion purement bacillaire et en aggraver considérablement le pronostic. Car ce qui est vrai pour un abcès froid fistulisé et infecté secondairement reste également vrai pour la tuberculose pulmonaire.

S'il en était autrement ce serait contre toute logique. ROGER ne disait-il pas que « le phthisique est autant un pyohémique qu'un tuberculeux ».

Nous pensons que c'est dans ces cas de tuberculose infectée secondairement que réside le triomphe du pneumothorax artificiel. Celui-ci réalise en effet une véritable chasse dans les bronches du contenu septique des cavités pathologiques intra-parenchymateuses et en permettant aux parois de ces cavités de s'affronter il favorise grandement leur soudure et leur cicatrisation.

Nous signalerons cependant que chez ces tuberculeux fébriles HAMANT et MÉRY ont proposé d'administrer un dérivé de l'iodo-benzo-méthyl-formine : la di-urotropine iodo-benzo-méthylée. Ici la dominante est l'urotropine, bien que l'iode et le benzo-méthylène subsistent avec leur action propre.

« Dès que la fièvre est tombée ou notablement diminuée, en même temps que l'expectoration se montre moins abondante et que les microbes de la suppuration qu'elle renfermait tendent à disparaître, on associe l'iodo-benzo-méthyl-formine à la di-urotropine-iodo-benzo-méthylée », l'expérience ayant prouvé qu'il y a alors intérêt à substituer progres-

sivement la dominante iode à la dominante urotropine.

TROTOR dit également s'être bien trouvé de cette façon de faire.

Nous rapportons plus loin quelques nouvelles observations de malades traités par l'iodo-benzo-méthyl-formine.

Nous remercions le Docteur Maurice DEBRAY d'avoir bien voulu nous remettre les deux premières. « A elles seules, nous disait M. DEBRAY, elles démontrent qu'on possède dans ce médicament une arme de tout premier ordre contre la tuberculose ». Les autres observations ont été prises dans le service de notre maître le Docteur DUFOUR.

Sérothérapie antituberculeuse et composé L. T.

Depuis les premiers essais de sérothérapie antituberculeuse tentés par RICHET et HÉRICOURT, de nombreux sérums ont été proposés pour la thérapeutique spécifique de la tuberculose.

Notre intention n'est pas ici de les étudier ni même de les énumérer tous. Nous rappellerons seulement avec G. H. ROGER, qu'on peut, malgré leur multiplicité en distinguer trois types différents suivant leur mode d'obtention :

1° Sérums provenant d'animaux traités par des cultures vivantes du bacille de Koch.

2° Sérums provenant d'animaux traités avec des cultures stérilisées, des extraits, de la tuberculine.

3° Méthode mixte : celle de la plupart des sérums actuellement employés, qui sont préparés suivant des procédés plus ou moins complexes.

Le composé L. T., qui a été conçu dans sa forme actuelle après cinq années de recherches, procède d'une double conception.

L'auteur, après bien d'autres, pense que le sérum d'un animal qui a reçu un antigène (dans l'espèce

la tuberculine) peut acquérir des propriétés immunisantes contre ce poison.

Il s'est adressé au lapin. Le sérum ainsi recueilli, comme beaucoup d'autres sérums, injecté à l'homme, donnait des réactions vives qui fatiguaient les malades et ne permettaient pas son emploi continu.

L'auteur a pensé que l'adjonction d'un médicament tel que l'iodo-benzo-méthyl-formine pouvait, sans enlever au sérum ses propriétés immunisantes, le transformer en un composé séro-médicamenteux comportant les mêmes avantages sans les inconvénients du sérum pur.

Le sérum des lapins ayant reçu des injections de tuberculine brute est donc recueilli et mélangé dans la proportion de 1 à 2 avec l'iodo-benzo-méthyl-formine du commerce.

Mode d'administration

Le composé L. T. est injecté au malade par voie sous-cutanée ou intramusculaire, à la face externe de la cuisse ou mieux dans la masse fessière.

On injecte chaque fois le contenu d'une ampoule, c'est-à-dire trois centimètres cubes.

Si l'on craignait des réactions trop vives on pourrait débiter par une injection de un centimètre cube, pour arriver à la 2^e ou 3^e injection à la dose totale.

On fait deux injections par semaine.

Une série d'injections comprend en général dix à vingt piqûres.

Quant au renouvellement des séries il n'a rien de fixe et dépend de l'état du malade. En principe, nous laissons un intervalle de un à deux mois entre deux séries consécutives.

C'est donc un traitement long, pour lequel il faut de la patience et de la persévérance. On ne peut, en effet, demander à un médicament de balayer en quelques semaines les bacilles d'un tuberculeux.

« A maladie chronique, traitement chronique ».

Ajoutons que rien n'empêche d'associer le composé L. T. à d'autres méthodes thérapeutiques : pneumothorax, cure sanatoriale, rayons ultra-violets, arsenic.

Incidents

Dans la grande majorité des cas les réaction déterminées par l'injection du composé L. T. ont été insignifiantes ou nulles.

Très rarement, on a été obligé d'interrompre une série à cause d'incidents plus ou moins pénibles, mais jamais graves. Dans les cas où nous les avons observés, ces incidents ont été de deux sortes :

Incidents locaux.

Le plus souvent c'est à la 3^e ou 4^e injection que se produit à l'endroit de la piqûre un placard rouge, œdémateux, plus ou moins large et douloureux. La douleur est le plus souvent très supportable et en tout cas rétrocede rapidement, avec l'application de compresses humides chaudes. Fait à noter : cet incident local ne se reproduit pas toujours aux injections suivantes et l'on peut alors aisément terminer une série d'injections sans avoir aucune réaction.

Accidents généraux.

Le soir de l'injection on peut observer un crochet thermique plus ou moins élevé. Ce n'est que dans les cas où les réactions thermiques se montreraient trop fortes, et fatigueraient le malade par leur répétition qu'on serait en droit d'interrompre les injections.

Nous n'avons jamais observé ni urticaire généralisée, ni arthralgies ni ces accidents attribués à l'anaphylaxie sérique. Une seule fois (observation 10) nous avons observé une lipothymie lors d'une première injection. Il suffit de se reporter à cette observation pour voir qu'il ne s'agissait que de pu-sillanimité du malade.

Nous recommandons cependant une certaine prudence dans l'emploi du composé L. T. chez les malades qu'il est classique d'exclure d'un traitement sérique : asthmatiques, brightiques, cachectiques avancés.

Expérimentation

Le composé L. T. injecté en série à des cobayes ayant été inoculé avec des B. K. virulents a retardé l'éclosion de la tuberculose et a permis une survie plus ou moins prolongée des animaux. Les deux observations suivantes en font foi :

OBSERVATION I

Cobaye mâle de 360 gr.

1 centimètre-cube de composé L. T. est injecté chaque fois sous la peau aux dates suivantes :

21 mars 1927	23	»	»
24 » »	25	»	»
30 » »	27	»	»
2 avril 1927	30	»	»
5 » »	2 mai	»	
8 » »	3	»	»
12 » »	4	»	»
15 » »	5	»	» (poids 470 gr.).
19 » »			

Le 7 mai inoculation sous la peau de un milligramme de bacilles de Koch hypervirulents fournis par l'Institut Pasteur grâce à l'amabilité du Docteur NÈGRE.

On continue les injections de composé L. T. le :

9 mai à raison de	21 »	(poids 540 gr.).
1 cent. cube.	24 »	
11 »	28 »	
17 »	1 juillet	
20 »	5 »	
24 »	8 »	(poids 510 gr.)
31 »	12 »	
3 juin	15 »	
10 »	19 »	(poids 507 gr.)
14 »		Mort le 30 juillet.
17 »		

A l'autopsie : liquide dans le péritoine.

Tuberculose, du foie, de la rate des poumons.

Cobaye témoin.

Femelle de 480 gr.

Inoculée de la même façon le 7 mai avec un milligramme de B. K., succombe le 10 juin : organes abdomino thoraciques farcis de tubercules et de granulations.

Le cobaye traité par le composé L. T. a donc eu une survie de 40 jours.

OBSERVATION II.

Cobaye mâle : poids 307 gr.

Reçoit le 21 mars 1 cc. de sérum L. T. sous la peau.

24	»	2 mai	
30	»	3	»
2	avril	4	»
5	»	5	» (poids 380 gr.)
8	»	7	»
12	»	9	»
15	»	11	»
19	»	17	»
23	»	20	»
25	»	24	» (poids 420 gr.)
27	»	31	»
30	»		

Le 2 juin, reçoit sous la peau un milligramme de bacilles de Koch virulents.

On continue le sérum L. T. deux fois par semaine jusqu'au 19 juillet.

Pas de traitement avant le 26 septembre, date à laquelle les injections sont reprises.

Le 18 octobre a succombé à une tuberculose généralisée.

Cobayes témoins :

1° Femelle de 560 grammes :

Inoculée le 2 juin ;

Mort le 9 août, tuberculose généralisée aux organes thoraco-abdominaux.

2° Femelle de 670 grammes :

Inoculée le 2 juin ;

Mort le 11 août ; mêmes lésions que l'animal précédent.

Le cobaye traité par le composé L. T. a donc eu une survie de plus de deux mois.

Action du composé L. T. sur la cuti-réaction à la tuberculine

La cuti-réaction étant, dans une certaine mesure et pour certains auteurs, le reflet de l'état de défense de l'organisme vis-à-vis de la maladie, nous avons cherché à déterminer les modifications qu'elle pouvait subir à la suite d'un certain nombre d'injections de composé L. T.

Pour cela, nous avons pratiqué une cuti-réaction avant de commencer une série de composé L. T., et nous avons renouvelé la cuti après 10 injections du médicament.

Nous n'avons malheureusement pas pratiqué cette expérience sur une grande échelle. Néanmoins, voici les résultats que nous avons obtenus chez six tuberculeux que nous avons choisis parmi d'autres parce qu'ils avaient présenté, avant le traitement, des types variés de cuti-réaction.

CUTI-RÉACTION AVANT LE TRAITEMENT		CUTI-RÉACTION APRÈS DIX INJECTIONS DE COMPOSÉ L. T.	
Mme P.	+++		+
Mme L.	+		+
Mme Ç.	0		+
M. O.	+		+
M. L.	+		++
M. B.	+		+

Après lecture de ce tableau, on voit qu'il est impossible de tirer une conclusion sur l'action que le composé L. T. imprime à la cuti-réaction.

Nous nous proposons de continuer nos expériences en multipliant le nombre des cas et en pratiquant des cuti-réactions en série.

Indications et résultats

Le composé L. T. a été injecté à des malades présentant des formes diverses de tuberculose.

Sur 40 malades traités dans le service ou à la consultation du Docteur Dufour, nous relevons :

15 cas de tuberculose pulmonaire à forme nodulaire chronique étendue et bilatérale (classification de M. PISSAVY).

10 cas de tuberculose pulmonaire à forme nodulaire chronique étendue unilatérale.

3 cas de tuberculose pulmonaire à forme étendue d'un côté et forme discrète ou ancienne de l'autre.

4 cas de tuberculose pulmonaire à forme discrète unilatérale.

1 cas de tuberculose à forme torpide avec emphyse.

2 cas de tuberculose pulmonaire à forme massive.

2 cas de tuberculose pulmonaire avec pleurésie séro-fibrineuse.

3 cas de tuberculose péritonéo-pleurale avec ascite.

En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire chronique, la logique voulait que la majorité des

cas fussent choisis parmi les malades à lésions bilatérales. Ils forment d'ailleurs la majorité des tuberculeux que l'Assistance Publique héberge dans les hôpitaux où existent des salles spéciales de bacillaires.

Nous nous sommes adressés, autant que possible, à des sujets présentant des lésions relativement récentes, l'expérience ayant montré que les cas anciens, avec infection secondaire, n'étaient pas favorablement influencés par le traitement.

Sur les 10 malades qui présentaient des lésions unilatérales, quatre d'entre eux ont été traités en même temps par le pneumothorax artificiel, ce qui explique en partie les résultats très favorables obtenus chez ces tuberculeux.

Les formes qui nous paraissent particulièrement répondre aux indications du composé L. T. sont les formes récentes, subaiguës, prises tout à fait au début, et qui se produisent chez des sujets qui ont perdu, depuis peu de temps, leur équilibre allergique.

A ces cas répondent :

La tuberculose pulmonaire massive, à forme pneumonique ;

La tuberculose péritonéale ou péritonéo-pleurale avec ascite ;

La tuberculose pulmonaire discrète avec ou sans pleurésie séro-fibrineuse.

Nous tenons à faire observer que c'est sans esprit de système et sans idée préconçue que nous formu-

lons les indications de ce séro-médicament. Comme le faisaient remarquer récemment Sézary et Benoist, « la vaccinothérapie dans la tuberculose peut être indiscutablement efficace. Mais rien, cliniquement, ne peut faire prévoir le résultat qu'on obtiendra et l'action du vaccin dépend non seulement de son mode de préparation, mais encore de la réaction individuelle des malades ».

Nous avons établi ci-après un tableau indiquant les résultats obtenus chez les différents malades qui ont été traités par le composé L. T.

Nous ferons remarquer que sous la rubrique « Amélioration » figurent des malades qui, à l'heure actuelle, peuvent être considérés comme guéris, tant leur état local et général a été transformé et reste excellent après plusieurs mois d'observation, mais en matière de tuberculose il faut toujours être prudent et ne parler que d'amélioration prolongée ou de guérison apparente.

Cela n'empêche qu'il faut « croire et agir. Etre prudent, mais non pusillanime, choisir à temps son arme et l'utiliser sans retard, ne pas être l'essayiste universel, mais ne pas se cantonner non plus dans un fatalisme oriental et une trop facile, parfois criminelle inaction. C'est ce sur quoi doivent compter les tuberculeux, trop souvent réduits par leur médecin à se défendre seuls pour vivre et pour mourir ». (Trotot).

	Nombre des cas	Amélioration après traitement	Etat stationnaire après traitement	Traitement insuffisant	Aggravation malgré traitement
F. nodulaires étendues bilatérales.	15	8		4	3
F. nodulaires étendues unilatérales	10	7	1	1	1
F. étendues d'un poumon avec forme discrète ou ancienne de l'autre poumon.....	3	3			
F. nodulaires discrètes unilatérales	4	1	1	2	
F. torpides.....	1	1			
F. massives.....	2	2			
F. avec pleurésie.....	2	2			
F. péritonéo-pleurale avec ascite...	3	3			
Totaux	40	27	2	7	4

Il y a eu beaucoup plus de malades traités, surtout pour essais de la méthode. Nous n'en faisons pas mention.

Aussi ne faut-il pas établir de statistique sur ce tableau, mais bien le considérer comme donnant un aperçu des résultats dans des cas déterminés.

En terminant, nous dirons que sur un total de plus de 3.000 injections faites chez un ensemble de malades des plus variés, comme forme et évolution de tuberculose pulmonaire, nous n'avons jamais observé un accident grave... Primum non nocere.

Comme on pourra le voir par la lecture de nos observations, plusieurs des malades qui ont été

grandement améliorés, guéris pour ainsi dire, tant leur état général était devenu satisfaisant, continuaient pourtant à présenter des bacilles de Koch dans leur expectoration. C'est là un fait de contraste sur lequel notre Maître, M. Dufour, insiste dans son enseignement. A son avis, nombreux sont en effet les sujets qui, à la suite d'une atteinte bacillaire qui les a plus ou moins gravement touchés, ont recouvré une santé en apparence parfaite (température normale, poids stationnaire ou en accroissement, appétit et forces retrouvés, règles redevenues normales) et qui cependant continuent à émettre des bacilles. Ils sont devenus de simples porteurs de bacilles, semblables en tous points à ces porteurs de germes qui ont été autrefois atteints d'une diphtérie, d'une fièvre typhoïde, d'une dysenterie, et qui, pendant des mois et des années, vont continuer, avec une santé d'ailleurs parfaite, à héberger et à émettre les microbes qui ont, dans leur passé, occasionné une des maladies précédentes et dont les sujets ont parfois eux-mêmes perdu le souvenir. C'est qu'à un moment donné, le microbe a perdu sa virulence ou que l'organisme a triomphé de l'agresseur par une défense plus efficace et l'a transformé en un parasite qui, s'il continue à être dangereux pour l'entourage, est devenu inoffensif pour son hôte, quitte à reprendre sa virulence pour le porteur lui-même à l'occasion d'une défaillance générale de l'organisme.

La présence du bacille dans l'expectoration reste un danger, mais n'implique pas une maladie en évolution.

Observations

OBSERVATION I

Due à l'obligeance du Dr Maurice Debray

M. P..., employé. Début de la maladie en juillet 1923.

Ce malade est soigné en février 1924, pour une hémoptysie abondante et prolongée.

Après cessation de l'hémoptysie, l'examen révèle la présence d'une spéléonque du sommet droit.

Expectoration bacillifère.

A l'hôpital Saint-Antoine, le malade reçoit du 18 mars au 7 avril vingt injections intraveineuses d'iodaseptine (injections quotidiennes de 5 cc.).

A la fin de cette série d'injections, l'état général du malade est meilleur ; il y a eu une augmentation de poids de 2 kgs 200.

Le malade sort de l'hôpital en avril et part pour Arcachon, puis pour l'Auvergne.

L'examen de crachats, pratiqué en juillet, montre l'absence de bacilles de Koch.

Revu le 19 septembre 1924, le malade a repris encore 5 kgs (poids 64 kgs 700).

A l'examen : un souffle caverneux en arrière, au niveau du sommet droit.

Pas de gargouillement ni de sous-crépitaux.

Quelques craquements après la toux.

A gauche, quelques craquements après la toux.

Depuis quelques semaines, fistule anale.

Revu le 26 juillet 1925. Poids 61 kgs 900 ; bon état général.

En mars 1926, fait une nouvelle poussée, mais non hémoptoïque, avec fièvre et amaigrissement. Il reçoit 25 injections d'iodaseptine. Amélioration.

En 1927, le malade est opéré à l'hôpital Saint-Louis, pour un abcès de la marge de l'anüs.

Depuis le début de 1927, le malade a reçu 3 séries de 25 injections d'iodaseptine.

Examiné en juillet, il présente un excellent état général, tout en conservant un souffle caverneux au sommet droit, sans bruits surajoutés.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance du D^r Maurice Debray

Mlle V..., 19 ans, malade depuis trois mois.

Soignée en 1920 (février), à l'hôpital Broussais.

Sous-crépitaunts dans les trois quarts supérieurs du poumon droit.

Expectoration abondante. Nombreux B. K.

Fièvre oscillante. Etat général très médiocre.

La malade reçoit une série de 20 injections d'iodaseptine qui amènent une amélioration de tous les signes.

Pour consolider l'amélioration, elle reçoit un mois après une nouvelle série de 15 injections.

En juillet 1920, elle part au sanatorium de Liancourt, où elle fait un séjour de 6 mois.

En mai 1921, elle vient retrouver le D^r Debray, parce qu'elle se sent fatiguée et qu'elle a maigri. Les signes phy-

siques sont plus étendus. Elle reçoit vingt injections d'iodaseptine de 5 cc., qui l'améliorent.

En 1922, la malade fait une cure d'iodaseptine à l'hôpital Beaujon.

En 1923 : deux cures.

En 1924 : une cure de 25 injections de 10 cc.

En 1925 : idem.

Chaque fois, à la suite de ses piqûres, la malade a repris des forces et du poids.

En juin 1924, le P^r Chauffard, qui l'examine, ne peut croire qu'elle a présenté des lésions aussi importantes.

De plus de 1920 à 1924, on voit à la radioscopie une ombre très nette du sommet droit.

Depuis 1925, le poumon droit est totalement clair.

OBSERVATION III

Service du D^r Dufour : Hôpital Broussais

Mme P...

Cette malade a fait l'objet de l'observation numéro 4, dans la thèse de Mlle Curtil.

Revue le 3 octobre 1927, cette malade, gravement atteinte par une tuberculose géodique du sommet droit, a reçu depuis 1920 300 injections d'iodaseptine. Ce médicament a eu un effet remarquable sur son poids (augmentation de 14 kg. après la première série d'injection).

Actuellement, elle ne présente plus aucun signe fonctionnel ni général.

Absence totale de signes stéthoscopiques anormaux dans les deux poumons.

OBSERVATION IV

Mlle D. M..., 17 ans.

Après avoir eu en octobre 1926 une bronchite qui a duré quelques semaines, la malade est soignée le 25 janvier 1927, pour une pleurésie gauche avec épanchement.

A partir de cette date, la malade va présenter une fièvre continue, oscillante, dont les oscillations vespérales atteindront, en mars, 40° et même plus.

Le 17 mars, l'examen des crachats pratiqué sur le conseil du Dr Le Hello, montre des B. K.

Etat général très mauvais, amaigrissement de 3 kgs, vomissements fréquents et intolérance à tous les médicaments pris par voie gastrique.

L'état de la malade continuant à s'aggraver le Dr Dufour est appelé en consultation le 2 avril.

A l'examen il constate les signes d'une tuberculose à forme pneumonique de la base gauche.

Il prescrit du composé L. T. à raison de 2 injections par semaine. Dès la 3^e piqûre la malade dit se sentir moins fatiguée et la température qui se maintenait entre 39° et 40° depuis plus de deux semaines commence à baisser.

La malade reçoit 20 injections de composé L. T. du 2 avril au 10 juin. Après cette cure de sérum, la malade a repris des forces et la température normale le matin, atteint 38° le soir et est souvent normale.

Le 13 juin, la malade est examinée à la radioscopie qui permet de constater, dans la partie moyenne du poumon droit, une ombre large triangulaire à base axillaire avec l'image d'une géode para vertébrale.

La malade fait un séjour en Auvergne du 9 juillet au 29 septembre.

Revue le 4 octobre 1927, elle présente une rétraction de son

hémithorax gauche avec râles sous-crépitants et vibrations exagérées à la partie moyenne.

L'image radioscopique montre toujours une ombre triangulaire avec apparence de géode.

L'état général est bon.

Cette malade a été absolument transformée, elle n'a plus de fièvre, ne tousse plus, crache à peine, mais avec encore présence de bacilles dans l'expectoration.

OBSERVATION V

Mme D..., 35 ans.

Venue le 4 janvier 1926 à l'Hôpital Broussais.

Cette malade présente depuis 5 mois, les signes d'une tuberculose nodulaire bilatérale surtout marquée à gauche où existe en plus une lame de liquide séro-fibrineux vérifié par radioscopie et ponction. La malade a maigri de 3 kilos.

Les règles sont espacées et irrégulières.

B. K. dans les crachats. La malade a refusé le pneumothorax. Cette malade a reçu depuis deux ans, trois séries de 20 injections de composé L. T.

A la date du 10 octobre 1927, cette malade présente un excellent état général. Son poids est passé de 44 kgs. 900 à 47 kgs. 600.

Au sommet gauche : fosse sus-épineuse, on entend encore quelques râles sous-crépitants.

Les règles sont redevenues normales depuis un an. Elle expectore encore des bacilles.

OBSERVATION VI

M. de S. H., 40 ans, employé de bureau.

Vu le 27 décembre 1926, le malade se plaint de fatigue et de toux depuis le mois d'octobre.

Le 10 novembre il s'arrête de travailler. La toux est pénible et quinteuse, pas d'expectoration, un peu de laryngite.

Au mois de décembre, il consulte le Dr Rouèche qui lui fait prendre sa température. Chaque soir la fièvre est constante et atteint 38°5 et 39°5. Asthénie. Expectoration mucopurulente. A l'examen : submatité du poumon droit, dans sa partie moyenne avec quelques râles humides.

A gauche : exagération des vibrations, respiration soufflante. A la radio : cœur normal, image géodique du sommet gauche, obscurité du lobe moyen droit, poumon g. pommelé.

Antécédents : trois sœurs mortes de tuberculose pulmonaire. Réformé lui-même en 1914 pour lésion au poumon gauche ; du 21 décembre 1926 au 5 mars 1927 il reçoit 20 injections de composé L. T. Il sort du service très amélioré, ayant repris 2 kgs. 600 (poids 60 kgs. 600).

Une cuti-réaction pratiquée le 21 février 1927 se montre très faiblement positive.

Revu le 27 mai 1927, après avoir reçu une 2^e série de composé L. T. (30 injections). Poids 62 kgs 100 ; bon état général ; expectoration non bacillifère.

Le 1^{er} juillet : poids 60 kgs, mais l'état général continue à être satisfaisant.

Revu le 4 octobre 1927 : bon état général.

OBSERVATION VII

Mme E..., 32 ans.

Sœur morte de tuberculose et ayant vécu avec notre malade. Pleurésie sèche il y a 13 ans.

Tousse depuis 6 ans. Pas d'hémoptysie.

Amaigrissement marqué, hippocratismes des doigts.

Toux fréquente, expectoration minime. B. K. +.

Fébricule vespéral, sous-crépitations au sommet gauche.

Du 21 octobre 1922 au 3 janvier 1927, reçoit 20 injections de composé L. T.

Amélioration de l'état général, le poids passe de 37 kgs. 500 à 40 kgs. 300.

Le 2 mars 1927 on commence une nouvelle série d'injections, mais le sérum provoquant des réactions locales douloureuses, on suspend à la 2^e piqûre.

On remplace le sérum par des granules de Dioscoride.

Revu le 18 mai 1927 : cette malade présente une respiration humée sous la clavicule gauche, sans bruits surajoutés, grosse amélioration de l'état pulmonaire.

Mais elle présente d'autre part de la tachycardie avec tremblement et légère exophtalmie. Cette femme commence très probablement une maladie de Basedow.

La tuberculose a continué à évoluer dans la suite.

OBSERVATION VIII

Mlle S. L..., 20 ans.

Entre à l'hôpital le 16 mars 1926, tousses depuis deux mois surtout la nuit, a maigri de 12 kgs en 3 mois, sueurs nocturnes. Sœur morte de tuberculose pulmonaire à l'hospice d'Ivry, en 1923.

A l'examen : submatité sous-claviculaire gauche, sous-crépitations du sommet gauche. Respiration soufflante, éclat de la toux, B. K. en grande quantité dans les crachats.

Cette malade a été traitée en même temps par un pneumothorax artificiel et par le sérum L. T. dont il a été fait 4 séries.

Le pneumothorax, commencé le 27 mars 1926, a été arrêté le 27 octobre 1926, en raison de l'abondance du liquide.

Il a été fait en tout 15 insufflations. Cependant le 24 avril 1927 et le 30 mai 1927 on a pu faire deux petites réinsufflations.

Les séries de sérum L. T. ont été faites la 1^{re} du 17 mars au 3 juin 1926, le poids est passé de 44 kgs à 46 kgs.

La 2^e série, du 2 juillet au 7 août 1926 (10 injections).

La 3^e série, du 8 septembre au 30 octobre 1926 (20 injections).

Ajoutons que du 16 au 30 août, la malade a pris des granules de Dioscoride.

Son poids au 30 octobre était de 48 kgs 100.

L'expectoration à ce moment ne contient plus de bacilles.

Une 4^e série de 10 injections est faite du 26 décembre 1926 au 21 janvier 1927.

Du 3 mars au 21 mars 1927, granules de Dioscoride.

A cette dernière date, la malade pèse 49 kgs 500.

5^e série de 20 injections de sérum L. T. du 22 avril au 28 juin 1927. La malade présente un bon état général ; appétit normal, pas de sueurs nocturnes ; expectoration sans bacilles.

OBSERVATION IX

M. B..., 24 ans, garçon de magasin.

Entre à l'hôpital le 26 mai 1926, parce que son ventre a grossi.

Depuis plusieurs semaines, le malade se sent fatigué et éprouve des douleurs dans le ventre qui a augmenté de volume.

A l'examen, malade très pâle, température oscillant le soir entre 38 et 38°4.

Abdomen ballonné avec ascite, pas de circulation collatérale.

Petit foyer de râles sous-crépitaux dans la région moyenne du poumon gauche, pas de B. K. dans les crachats.

En résumé : on porte le diagnostic de *péritonite bacillaire* avec ascite.

Du 27 mai au 2 août 1926, il reçoit 20 injections du composé L. T. Il subsiste toujours un peu de fièvre le soir, sans que celle-ci cependant dépasse 38° le soir, mais l'état général s'est très amélioré et le poids est passé de 63 kgs 800 à 66 kgs 500. Mais devant une rechute, le 17 septembre 1926, on reprend une nouvelle série de composé L. T.

Le malade reçoit ainsi jusqu'au 13 novembre 1926, 15 injections de sérum. Le poids passe de 59 kgs 800 à 65 kgs.

Une série identique (composé L. T.) est faite à nouveau du 18 janvier au 8 mars 1927 ; poids stationnaire. Bon état général.

Une cuti-réaction pratiquée le 21 février 1927, au milieu d'une série de composé L. T., s'est montré faiblement positive.

Le malade nous a écrit au milieu de juin 1927 ; il avait encore engraisé de 3 kgs et se trouvait en excellent état.

OBSERVATION X

M. M.-M., 31 ans, peintre en bâtiment.

Entre à l'hôpital le 8 octobre 1926.

Evacué pendant la guerre, en 1916, pour bronchite chronique. Fait des bronchites tous les hivers jusqu'en 1924.

Opéré en décembre 1924 pour ulcère gastrique.

A la suite d'une seconde intervention pour adhérences, il eut, le 7 mars 1925, une congestion pulmonaire, puis une

pleurésie interlobaire droite, siégeant à la partie inférieure de la grande scissure.

Il part en Bretagne pendant quelques mois ; il y reprend du poids ; rentre à Paris en septembre ; l'amaigrissement reparaît avec diarrhée, sueurs nocturnes, anorexie, et surtout asthénie.

Va à l'hôpital Laënnec. Sur la constatation de B. K. dans les crachats, on l'envoie à Broussais.

A l'examen :

Submatité de tout le côté droit.

Respiration très diminuée dans le champ droit.

Sous-crépitaunts dans les fosses sus et sous-épineuses ; frottements à la base.

A gauche : respiration rude, soufflante ; pas de bruits adventices.

Le 15 octobre, on commence une série de composé L. T. +.

La première piqûre est suivie d'une réaction avec tendance syncopale, pâleur et vomissements, n'ayant duré qu'une minute environ.

Le 19 août, 2^e injection : dès le 1^{er} cc., le malade commence à trembler et à se sentir mal. On arrête la piqûre.

Le 22 octobre, on injecte 3 cc. d'eau distillée qui ne produisent pas de réaction générale, mais sont perçus très douloureusement.

Le 26 octobre, 3 cc. d'iodeseptine sont très bien tolérés.

Le 28 octobre, on reprend le composé L. T. au rythme habituel.

Il sera parfaitement toléré jusqu'à la fin de la série, c'est-à-dire jusqu'au 4 décembre 1926.

Pendant toute la durée du traitement, l'état du malade n'a cessé de s'améliorer ; il tousse et crache moins ; ses forces sont revenues. La température qui oscillait entre 36°5 et 37°8 se stabilise, entre 36 et 37°. Le poids est monté de 49 kgs 300 à 53 kgs.

L'état général s'est maintenu très bon pendant le mois de décembre, sans température, sans expectoration, sans toux, le malade se plaint seulement de douleurs précordiales. On fait une 2^e série de composé L. T. du 11 janvier au 25 février 1927 (20 injections), le malade continue à s'améliorer. Son poids passe à 55 kgs. A la fin de cette deuxième série de sérum, la cuti-réaction se montre presque négative.

Sort le 30 avril 1927. Du 18 avril au 4 juin, 3 séries de sérum (20 injections).

Revu le 5 octobre 1927, très bon état général. Poids : 54 kgs 100.

OBSERVATION XI

M. W. R..., 32 ans, marchand forain.

Entre le 17 janvier 1927, pour une légère hémoptysie.

En 1922, a eu une bronchite, accompagnée d'amaigrissement et d'asthénie. Il est soigné à l'hôpital du Havre. Examen des crachats : négatif.

La même année, à l'occasion d'un œdème du pied droit (paralysie infantile de la jambe et du pied), on pratique un examen complet et on trouve des lésions pulmonaires avec B. K. dans les crachats.

Il reste 13 mois environ à Brévances et en sort en 1924, sans amélioration. Depuis cette date, il a repris son travail qu'il interrompt de temps en temps pour se reposer.

Actuellement, il ne présente pas un mauvais état général ; assez bon appétit ; poids 58 kgs ; tousse et crache surtout le matin ; expectoration muco-purulente. B. K. +.

Examen : Submatité des deux fosses sus-claviculaires ; râles du côté droit.

Du 27 janvier au 17 mars. Reçoit 15 injections de composé L. T.

Sort avec un bon état général et avec un poids de 60 kgs 400.

OBSERVATION XII

M. M. P., 21 ans, ajusteur.

Frère atteint d'adénopathie cervicale bacillaire ayant motivé sa réforme.

Parti au régiment au début de mai 1926. C'est un mois après son incorporation qu'il commence à tousser, surtout le matin, sans cracher. On trouve une lésion au sommet gauche. A la radio : sommet gauche voilé. Il est réformé définitivement.

Après sa réforme, il fournit un travail fatigant dans une usine. Il commence à cracher. Au bout de 3 mois : fatigue, anorexie. Entre alors à Broussais (le 20 décembre 1926), toussé et crache beaucoup.

Sueurs nocturnes très abondantes. Température vespérale entre 38 et 39°.

Poids 48 kgs 400.

B. K. = +.

A la radio : Voile du lobe supérieur droit ; pommelures sous-claviculaires gauches ; en arrière : même aspect avec ombre sous-claviculaire gauche para-vertébrale.

Le 16 février on commence une série de composé L. T. ; il en reçoit 14 injections jusqu'au 1^{er} avril.

Le 5 avril, son poids est de 55 kgs 100.

La température s'est régularisée et ne dépasse pas 37°8 le soir.

On arrête les injections en raison d'un œdème douloureux au point d'injection. En même temps, le malade présente un peu d'urticaire à la face.

Revu le 25 août 1927 : en bon état.

OBSERVATION XIII

Mme F..., 22 ans.

Entre le 28 février 1927, à l'hôpital Broussais.

A la suite d'un accouchement survenu il y a 13 mois, elle éprouve des douleurs abdominales continues avec amaigrissement, anorexie, sueurs nocturnes et température élevée (jusqu'à 40°) en même temps que le ventre a augmenté de volume.

La malade a été hospitalisée à la Maison Dubois, le 11 novembre 1926. Elle en est sortie il y a un mois, très améliorée. Elle est partie à la campagne, mais elle s'est remise à souffrir de son ventre et a commencé à tousser et à cracher, surtout le matin, l'amaigrissement s'est accentué ; il y avait de la fièvre irrégulière.

Actuellement, la malade continue à se plaindre de douleurs abdominales. Elle ressent également un point douloureux thoracique de la base gauche et un point sous-claviculaire gauche. La toux a diminué, l'expectoration persiste.

A l'examen : Ventre ballonné, pas de matité déclive.

Pas de flot. Douloureux à la pression.

Hyperesthésie cutanée.

Foie normal ; rate non perceptible.

Matité des deux bases pulmonaires avec diminution des vibrations vocales remontant à deux ou trois travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate.

A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire aux bases ; au sommet, respiration soufflante avec quelques sous-crépitants surajoutés à la fin de l'inspiration ; retentissement de la toux.

A la radio : obscurité des deux bases, le reste des champs pulmonaires est clair. Le petit bassin est peu visible et une ombre va d'une épine iliaque à l'autre.

Cette malade a reçu, du 1^{er} mars au 19 juillet, 14 injec-

tions de composé L. T. ; on lui fait en même temps 20 séances de R. U. V. Elle est sortie le 20 avril, complètement guérie ; son poids est passé de 46 kgs à 49 kgs. Plus de douleurs abdominales, plus aucun météorisme.

Une cuti-réaction pratiquée le 20 mars s'était montrée nulle.

Cette malade, revue le 28 septembre 1927, présente un excellent état général ; son poids actuel est de 64 kilos.

OBSERVATION XIV

M. R. J., 23 ans, manœuvre.

Entre dans le service le 4 mars 1927.

Malade depuis un an environ ; se plaint de fatigue générale ; a maigri de 7 kgs et a complètement perdu l'appétit.

A son entrée, il présente une hémoptysie de moyenne abondance, qui dure 4 jours. Sueurs nocturnes, expectoration bacillifères.

Le malade ne présente pas de température vespérale.

Du 18 mars 1927 au 23 mai 1927 il reçoit 20 injections de sérum L. T. Son poids passe de 57 kgs 400 à 62 kgs.

Il présente encore sous la clavicule droite une respiration très soufflante, presque amphorique, mais sans râles surajoutés, alors qu'à son entrée ce malade présentait dans la même région de nombreux râles sous-crépitaux.

En juillet et août, reçoit de nouveau 18 injections de composé L. T.

Ce malade est depuis le 15 septembre 1927 au sanatorium de Hardor (Saône-et-Loire). Son état de santé est très satisfaisant. Presque plus d'expectoration ; poids stationnaire.

OBSERVATION XV

M. R. J., 47 ans, tôlier.

Ce malade atteint d'éthylisme chronique, est un vieux tousseur qui depuis de nombreuses années fait chaque hiver des bronchites.

Depuis un an il présente une laryngite.

Le 17 mars 1927, il a été pris brusquement de toux, de fièvre (à 40°).

Il entre le 18 mars à l'hôpital.

Malade très agité, délirant, qui tousse et expectore des crachats muco-purulents.

On constate les signes d'une congestion pulmonaire double, surtout marquée à droite.

Le foie est gros ; il déborde de deux travers de doigt les fausses côtes.

Au bout de 8 jours les signes de congestion pulmonaire ont disparu, mais la température persiste autour de 39° et l'on constate au sommet droit une expiration prolongée et soufflante avec sous-crépitations après la toux. On trouve du B. K. dans les crachats.

Le 1^{er} avril, le malade est mis en traitement par le composé L. T. A la 3^e injection, la température se régularise et tombe au-dessous de 38°, pour devenir normale au bout de 15 jours.

La radioscopie, pratiquée le 25 avril, montre une ombre occupant le lobe supérieur droit, sans image géodique.

Le malade reçoit en tout 16 injections de sérum L. T. Il sort très amélioré, sans fièvre, le 14 mai.

OBSERVATION XVI

Mlle B..., 21 ans.

Depuis sept mois, cette malade a présenté trois hémoptysies aux époques menstruelles.

Amaigrissement, sueurs nocturnes.

A l'auscultation : gros craquement de tout le sommet gauche.

A la radio : obscurité du sommet gauche.

B. K. = +.

En somme : tuberculose nodulaire, étendue au poumon gauche. Après une première série de composé L. T. faite en septembre et octobre 1925, son état est resté stationnaire.

OBSERVATION XVII

Mme L..., 23 ans.

Entrée dans le service le 17 mai 1926.

La malade présente les signes cliniques et radiologiques d'une tuberculose nodulaire étendue de deux tiers inférieurs du poumon gauche avec température vespérale autour de 38°.

B. K. = +.

Du 29 mai au 13 août, la malade reçoit 20 injections de composé L. T.

En même temps on commence le 8 juin un pneumothorax artificiel, dont les insufflations ne pourront être régulièrement continuées, la malade les supportant mal ; le pneumothorax doit être abandonné en janvier 1927.

Une deuxième série de composé L. T. est faite du 9 septembre au 29 novembre 1926.

Depuis un mois la température s'est régularisée et est devenue normale.

Le poids est passé de 49 kgs 600 à 53 kgs 800.

3^e série de composé L. T. en février-avril 1927.

La malade nous écrit le 4 octobre 1927 ; son appétit est bon ; son poids est de 56 kgs 100 ; elle tousse encore un peu le matin, mais sa température reste normale. Elle fait cha-

que jour des promenades de 3 à 4 km. Ses forces sont revenues.

OBSERVATION XVIII

Mlle Th... M..., 18 ans.

Cette malade a été soignée à l'hôpital Broussais, en janvier 1926, pour une pleurésie séro-fibrineuse gauche, pour laquelle il a été pratiqué le 26 janvier une ponction évacuatrice de 650 cc. Sortie guérie en apparence le 13 février, la malade rentre le 21 juillet suivant, parce que son abdomen a augmenté de volume depuis 3 semaines. En même temps, l'état général s'est mis à décliner et la température oscille entre 37°5 et 39°.

La malade qui présente une ascite libre de moyenne abondance reçoit alors une première série de composé L. T. de 24 injections (commencée le 21 juillet, terminée le 22 octobre).

Depuis la 15^e injection la température est normale, mais il existe toujours de l'ascite.

En novembre et décembre, on fait une deuxième série de L. T. (17 injections).

L'ascite, enkystée, a déterminé un empâtement de la paroi abdominale qui a motivé une laparotomie le 12 décembre 1926. Du 27 décembre au 18 février 1927, 3^e série de composé L. T.

A cette époque, l'abdomen ne contient plus d'ascite. Depuis 8 jours une petite fistule siégeant au niveau de la plaie opératoire s'est cicatrisée. Température normale. Bon état général lors d'une première sortie.

Rentrée quelques mois plus tard dans le service, cette malade a succombé à la suite d'une suppuration péritonéale ouverte à la paroi avec fistule stercorale.

OBSERVATION XIX

Mlle L..., 18 ans.

Envoyée par l'hôpital Beaujon le 16 août 1926.

En mai, la malade contracte une rougeole compliquée de congestion pulmonaire droite.

Depuis cette époque, la malade présente de la fièvre, des sueurs nocturnes, de l'anorexie. Elle tousse et crache ; elle a maigri de 10 kilos.

En juin, hémoptysie de moyenne abondance, ayant duré 3 jours.

A son entrée, cette malade présente une température élevée entre 38°-39°. Son poids est de 42 kgs. B. K. +.

Elle présente les signes cliniques et radiologiques d'une tuberculose nodulaire étendue du poumon droit.

On institue, le 1^{er} septembre, un pneumothorax artificiel. La température baisse, mais dès la 3^e insufflation se fait un épanchement liquide dont l'abondance force à arrêter l'entretien du pneumothorax le 27 novembre.

Le 27 novembre 1926, première série de composé L. T. = 14 injections. Terminée le 18 janvier.

A ce moment, bon état général ; ne tousse plus, ne crache plus. Température normale.

Revue le 10 octobre 1927, l'état de la malade continue à être satisfaisant.

Cependant comme elle se sent fatiguée depuis quelques jours, elle rentre dans le service où elle va recevoir une nouvelle série de composé L. T.

OBSERVATION XX

Mlle L..., 17 ans.

Entrée à l'hôpital le 15 janvier 1927.

Cette malade présente des cicatrices d'adénopathie cervicale fistulisée.

Elle présente une toux fréquente ; un amaigrissement marqué, des troubles des règles.

Signes d'une tuberculose nodulaire bilatérale étendue, dont le début remonte à un an environ.

A reçu du 11 janvier au 22 mars 1927 une série de 20 injections du composé L. T.

Etat stationnaire.

Revenue en mai 1927, on commence une série de L. T. le 24 mai (7 injections). Aggravation des lésions malgré le traitement. Très mauvais état général.

OBSERVATION XXI

Mme H..., 33 ans.

Tuberculose nodulaire étendue bilatérale.

B. K. +.

Poids le 12 août 1927 : 63 kgs 300.

1^{re} série de L. T. du 8 avril au 10 juin 1926. A cette date la malade a engraisé de 2 kgs, se sent plus forte, ne tousse plus.

Du 15 novembre au 4 juin 1927 : 2 séries d'injections. Etat stationnaire. Poids : 65 kgs 200.

Revient en avril 1927, parce qu'elle est fébrile, une 3^e série de composé L. T. est faite.

Le 7 juillet 1927, la malade sort améliorée ; a pris 4 kgs.

Elle revient à nouveau consulter en octobre 1927.

Elle s'est beaucoup fatiguée dans les deux mois précédents.

Elle a maigri de deux kilos.

La malade va reprendre une série de L. T.

OBSERVATION XXII

M. O..., 26 ans.

A perdu un frère de tuberculose. Sa sœur est également atteinte de tuberculose.

Personnellement il a eu une bronchite à l'âge de 12 ans et depuis il tousse tous les hivers.

Le malade entre à l'hôpital le 12 mai 1927, parce que depuis 3 mois il tousse davantage, surtout le matin. Il présente des sueurs nocturnes. Son appétit a diminué, il a maigri de 5 kgs.

A l'examen des poumons on trouve de la submatité du sommet gauche, en avant et en arrière. A l'auscultation : râles sous-crépitaux dans la région sous-épineuses ; gargouillement dans la région sous-claviculaire.

La radioscopie confirme le diagnostic de géode du sommet gauche, le poumon droit paraît intact.

B. K. = +.

Température du soir ne dépassant pas 37°8.

Le 19 juin : on commence les injections de composé L. T.

Le malade en reçoit une série de 20, terminée le 14 août.

Le poids passe de 59 kgs à 62 kgs 200

Une deuxième série de 10 piqûres est faite du 7 septembre au 2 octobre. Etat stationnaire.

Une troisième série de 10 injections du 12 octobre au 1^{er} novembre laisse encore l'état stationnaire.

Le 5 octobre 1926 on commence un pneumothorax artificiel du poumon gauche dont les insufflations seront régulièrement continuées, malgré le cloisonnement et la présence de liquide. Du 8 décembre 1926 au 24 janvier 1927 nouvelle série de composé L. T. (20 injections).

Du 28 mai au 30 juillet 1927, le malade recevra encore 15 injections du composé L. T.

Actuellement le malade présente un bon état général. Son poids est de 59 kgs 500.

Le nombre des bacilles est beaucoup moins élevé qu'au début du traitement.

OBSERVATION XXIII

M. B..., 59 ans.

Tuberculose nodulaire étendue bilatérale, surtout marquée à droite où existent des signes géodiques.

Début apparent datant de 3 mois.

B. K. = +.

Température vespérale autour de 38°.

Poids à son entrée le 23 décembre 1925 = 63 kgs.

1^{re} série de L. T. : du 16 janvier 1926 au 29 avril 1927 (32 injections).

Amélioration de l'état général : poids 65 kgs 400.

L'expectoration est cependant toujours bacillifère.

2^e série de L. T. commencée le 7 août 1926 et terminée le 13 novembre 1926 (20 injections), poids en fin de série : 69 kgs. Température normale ; plus de bacilles dans les crachats ; revue le 7 octobre 1927 : bon état général, ne tousse plus, ne crache plus, poids 79 kgs ; température normale.

OBSERVATION XXIV

Mlle P..., 19 ans.

Tuberculose nodulaire envahissante des deux poumons, surtout du droit.

Mauvais état général.

B. K. = +.

Du 26 janvier au 22 avril 1927 a reçu 20 injections de composé L. T.

Les lésions continuent à évoluer malgré le traitement. Re-
vue le 14 juin, la malade est en très mauvais état.

OBSERVATION XXV

Mlle C..., 20 ans.

Entre le 9 février 1927.

Tuberculose nodulaire tendue, bilatérale avec géode.

Début remontant en mars 1924.

Maigrissement considérable (24 kgs).

En octobre 1926, a eu une grosse hémoptysie.

Le 21 mars 1927 on commence une série de L. T. La malade
ne reçoit que 13 injections.

Revenue à l'Hôpital en juin 1927 : très mauvais état.

Décédée.

OBSERVATION XXVI

M. D..., 31 ans.

Examiné le 4 février 1927, ce malade présente les signes
d'une tuberculose cavitaire du poumon gauche avec atteinte
discrète du poumon droit.

Etat général assez bon.

B. K. = +.

A la radio : sommet droit légèrement voilé au-dessous de
la clavicule.

Côté gauche : géode sous-claviculaire au milieu d'un voile
très épais qui descend jusque vers le milieu du champ pul-
monaire.

Le 15 février 1927, on commence le sérum L. T. les deux
premières injections ayant déterminé une réaction locale très
vive avec douleur, on abandonne le traitement.

OBSERVATION XXVII

Mlle T..., 41 ans.

Pleurésie droite en 1921.

Soignée il y a six mois par la radiothérapie pour un fibromyome utérin.

Examinée le 11 octobre 1926, elle présente, au sommet droit, un foyer de sous-crépitanls avec submatité dans la région sous-claviculaire.

A la radio : le sommet droit est voilé.

En dépit des soins qu'elle prend cette malade continue à maigrir.

Elle est revue le 25 décembre 1926 avec une aggravation des signes pulmonaires.

Elle présente alors les signes d'une tuberculose nodulaire étendue du sommet droit avec lésions très discrètes à gauche.

Le 11 janvier 1927 on commence le traitement par le composé L. T. Après 20 injections, la malade a pris 1 kg. 400.

Son état général est meilleur.

Cette malade a reçu une deuxième série de composé L. T. commencée le 20 août 1927.

OBSERVATION XXVIII

M. G..., 31 ans.

Ce malade entré le 28 janvier 1927, à l'hôpital, présente les signes d'une tuberculose nodulaire bilatérale, avec géode sous-claviculaire droit.

Le début remonte à 3 mois $\frac{1}{2}$, époque à laquelle il a présenté une hémoptysie abondante, ayant duré 15 jours.

Il a maigri de 4 kilos. Il a des sueurs nocturnes abondantes. Expectoration bacillifère.

Température à 37°8 le soir.

Du 8 février au 9 mars 1927 ce malade a reçu 9 injections du composé L. T. Malgré le nombre peu important d'injections le malade a engraisé de 2 kgs. et son état général est meilleur.

*Ce malade sorti par mesure disciplinaire a été perdu de vue.

OBSERVATION XXIX

Mlle B..., 26 ans.

La malade entre à l'hôpital le 26 février 1925.

Elle présente depuis deux mois une toux sèche et fréquente.

Depuis quelques jours elle expulse quelques crachats sanguinants.

A l'auscultation on perçoit une respiration soufflante du sommet droit, avec râles sous-crépitanants sous la clavicule et dans la région sous-épineuse.

B. K. = +.

A la radioscopie pratiquée le 2 mars, on découvre un voile homogène de toute la moitié supérieure du poumon droit, avec une image de caverne à la partie externe de la région sous-claviculaire. Le poumon gauche a un aspect normal.

L'aspect est favorable à un pneumothorax artificiel. Celui-ci est commencé le 10 mars 1926. Les insufflations seront régulièrement continuées jusqu'au mois d'octobre suivant.

A partir du 16 mars, on commencera, concurremment avec le pneumothorax, un traitement par le composé L. T., dont il sera fait jusqu'au 27 avril 13 injections.

L'état général de la malade s'améliore rapidement. Son poids passe de 49 kgs 800 à 57 kgs 800. Elle est devenue complètement apyrétique. Ses crachats examinés le 22 avril ne contiennent plus de B. K.

En juillet 1926, cette malade contracte à l'hôpital une fièvre typhoïde vérifiée par l'hémoculture et qui se terminera par la guérison à la fin de juillet, sans amener aucune modification dans l'état pulmonaire de la malade dans les semaines qui suivront.

Une série de composé L. T. sera faite du 21 décembre 1925 au 7 février 1926 (20 injections).

A cette dernière date, la malade est dans un état très satisfaisant, tant au point de vue général que pulmonaire.

Son poids est de 58 kgs 400.

Nous ajouterons que dans cette dernière série de composé L. T., à chaque injection a été ajoutée un centimètre cube d'antigène de Nègre et Boquet.

OBSERVATION XXX

Mme B., 19 ans.

Entrée à l'hôpital le 1^{er} mars 1927.

Cette malade a présenté, il y a deux ans et en février 1926 deux hémoptysies de moyenne abondance.

Depuis cette dernière date, la malade a maigri de 10 kgs, a perdu l'appétit et présente des sueurs nocturnes.

A l'examen, elle présente les signes cliniques et radioscopiques d'une tuberculose nodulaire étendue bilatérale avec température vespérale oscillant entre 38°4 et 39°.

La malade a reçu seulement 6 injections de sérum L. T. du 1^{er} mars au 18 mars 1927, date à laquelle la malade quitte l'hôpital. Traitement insuffisant.

OBSERVATION XXXI

M. F..., 54 ans.

Malade atteint de bronchite chronique et d'emphysème depuis plusieurs années.

Examiné le 27 mars 1927, il présente depuis quelques semaines une voix bitonale que l'examen radioscopique montre être sous la dépendance d'une ectasie aortique.

Le B. W. s'est montré négatif.

Le malade se plaint en outre de fatigue et d'amaigrissement.

L'expectoration examinée se montre bacillifère.

A la radioscopie on note un voile étendu des deux sommets.

Il s'agit en somme d'une tuberculose en forme scléreuse.

Du 29 mars au 16 juin 1927, le malade reçoit 20 injections de composé L. T.

A la fin de la série, le malade se sent très amélioré.

Revu le 28 septembre 1927, ce malade continue à présenter un bon état général, malgré une expectoration bacillifère.

OBSERVATION XXXII

Mme T..., 28 ans.

Malade ayant eu en 1922 une petite hémoptysie.

Depuis cette date la malade a été traitée à l'hôpital Laënnec, par un pneumothorax du poumon gauche. Ce pneumothorax régulièrement entretenu pendant 4 ans avait amené une amélioration considérable.

La toux et l'expectoration avaient disparu. Plus de bacilles. Apyrexie complète ; très bon appétit ; avait engraisé de 5 kgs et avait repris son travail de cuisinière.

La malade a eu une grossesse qu'on a jugé bon de ne pas interrompre. L'accouchement normal a eu lieu il y a 11 mois. Mais malgré la recommandation du médecin la malade allaita son enfant (allaitement complet pendant sept mois), la croissance de l'enfant se fit normalement et au bout de sept mois la mère envoya l'enfant à la campagne, afin de repren-

dre son travail. C'est au bout d'un mois de reprise de son travail que la malade s'est de nouveau sentie fatiguée, a perdu l'appétit, la toux est apparue avec un amaigrissement rapide et depuis 3 semaines, élévation de la température vespérale à 38°5.

A son entrée à l'hôpital, le 25 mars 1927, elle présente à gauche une rétraction thoracique consécutive au pneumothorax. De ce côté, la respiration est diminuée, mais sans bruits adventices.

A droite, submatité du sommet. Râles secs à la fin de l'inspiration surtout vers la clavicule.

A la radio : moignon pulmonaire gauche, rétracté sur son hile ; pas de liquide, sommet droit légèrement voilé.

Le 26 mars, on commence le sérum L. T., dont il sera fait 7 injections jusqu'au 15 avril (date à laquelle la malade sort sur sa demande). Malgré le petit nombre d'injections, l'état de la malade s'est amélioré et le poids est passé de 49 kgs à 51 kgs 200.

OBSERVATION XXXIII

M. L..., 27 ans.

Entré à Broussais le 11 mars 1927.

Depuis 3 semaines se sent fatigué, se plaint d'un point de côté dans l'hémithorax gauche, accompagné de dyspnée et de toux pénible, expectoration muco-purulente bacillifère, amaigrissement.

A l'examen thoracique on découvre une pleurésie gauche de moyenne abondance. Nombreux râles sous-crépitants au sommet droit.

La radio confirme la pleurésie et montre une obscurité étendue des deux sommets.

En somme : pleurésie gauche avec lésion pulmonaire sous-jacente.

Tuberculose pulmonaire étendue du poumon droit.

Une série de 20 injections de composé L. T. est faite du 18 mars au 24 mai 1927.

Etat stationnaire : même poids.

OBSERVATION XXXIV

Mlle B..., 20 ans.

Malade traitée en 1926 dans un sanatorium pour une tuberculose étendue bilatérale, surtout marquée à droite.

Très mauvais état général.

B. K. +.

A la radio, aspect pommelé des deux poumons avec image de géode sous-claviculaire droite.

Début du traitement : 8 avril 1927.

Jusqu'au 3 juin 1927 il a été fait 17 injections de composé L. T.

A cette dernière date : aggravation des lésions et de l'état général ; perte de poids de 1 kg. 500.

Très mauvais cas.

OBSERVATION XXXV

Mlle V..., 35 ans.

A l'âge de 20 ans la malade a eu une hémoptysie. Depuis, elle a eu tous les hivers des bronchites, mais on n'a jamais trouvé de bacilles dans ses crachats jusqu'à il y a 3 ans, époque à laquelle elle a commencé à maigrir et à perdre l'appétit.

Il y a un an, nouvelle hémoptysie.

Depuis un mois, toux fréquente avec expectoration purulente.

Depuis 10 jours les crachats sont franchement sanglants.
Appétit conservé.

La malade entre à l'hôpital le 6 avril 1927.

A l'examen, matité du sommet gauche avec douleur, à la pression. Aux deux sommets, respiration rude et râles sous-crépitaunts plus nombreux qu'à droite.

A la radioscopie, voile des deux sommets, plus accentué à droite.

Du 12 avril au 16 juin 1927 une série de 20 injections de composé L. T.

Revu le 13 juillet et le 16 octobre suivants ; cette malade présente à l'heure actuelle un excellent état général.

A l'auscultation, simple retentissement de la toux dans la fosse sous-épineuse droite.

A engraisé de 7 kgs.

11 OBSERVATION XXXVI

Mme B..., 25 ans.

A eu une pleurésie sèche à droite en 1924.

Depuis un an la malade tousse et maigrit.

Entrée il y a un mois et demi pour une crise de diarrhée avec fièvre à l'hôpital Bichat, on y constate par la clinique et la radio des lésions pulmonaires bilatérales avec une volumineuse géode au sommet gauche.

Elle est envoyée à Laënnec, puis à Broussais.

Depuis le mois de décembre 1926, la malade est très fatiguée et a perdu 7 kgs ; elle a une laryngite et ses crachats contiennent des B. K. Température entre 38° et 38°4 tous les soirs. Le 22 avril 1927, on constate les signes d'une tuberculose nodulaire bilatérale, étendue, avec signes géodiques à gauche.

Du 1^{er} mai au 30 juin 1927, la malade a reçu 18 injections de composé L. T.

Revue le 9 juillet, la malade est très améliorée. Elle a engraisé de 2 kgs. Sa température vespérale ne dépasse plus 37°8.

Les forces et l'appétit sont revenus.

Revue le 22 septembre, cette malade continue à se trouver en bon état, malgré une expectoration qui est toujours bacillifère. Elle a encore grossi de 4 kgs.

OBSERVATION XXXVIII

Mme D..., 22 ans.

Entre à l'hôpital le 14 mai 1927.

Tousse depuis un an et a maigri de 10 kgs.

Asthénie.

Toux fréquente avec crachats bacillifères.

A l'examen : submatité dans la région sous-claviculaire ; râles humides et frottements au sommet gauche.

A droite, quelques râles très rares avec obscurité respiratoire.

A la radio : sommet droit légèrement grisâtre, s'éclairant mal à la toux. A gauche : image pulmonaire, voilée dans les deux tiers supérieurs.

Du 15 mai au 21 juin cette malade reçoit 12 injections de composé L. T.

Sort le 22 juin améliorée ; a engraisé de 1 kg. 300.

OBSERVATION XXXVII

Mme T..., 37 ans.

En 1916, pleurésie séro-fibrineuse gauche.

Depuis 3 mois, la malade est fatiguée ; a maigri de 4 kgs 700, tousse surtout le matin. Pas d'expectoration.

Entre le 13 mai 1927 à l'hôpital Broussais.

A l'examen : sonorité diminuée sur presque toute la hauteur du poumon gauche.

Respiration rude au sommet gauche avec quelques sous-crépitations après la toux.

Aucun signe à droite.

A la radioscopie : voile étendue du sommet gauche.

Du 13 mai au 20 juillet 1927, la malade reçoit une série de composé L. T. (20 injections).

Amélioration de l'état général, disparition des râles du poumon gauche. Augmentation de poids de 3 kgs 500.

Revue le 4 octobre 1927, cette malade a encore engraisé de 4 kgs depuis deux mois ; apyrexie complète, ni toux ni crachats.

OBSERVATION XXXIX

Mme M..., 31 ans.

Examinée le 8 juillet 1927.

Depuis deux mois, cette malade tousse beaucoup ; se plaint d'un point de côté gauche.

Chaque soir sa température atteint 38°-38°2.

Pas d'expectoration.

A l'examen : Submatité du sommet droit, quelques râles sous-crépitations dans la région sous-claviculaire.

A la radioscopie : léger voile du sommet droit.

Du 10 juillet au 7 septembre, la malade a reçu 16 injections de composé L. T.

Revue le 12 octobre 1927, cette malade tousse encore un peu, mais son état général est excellent. Examen clinique et radiologique sont complètement négatifs et ne permettent plus de retrouver les signes perçus en juillet dernier.

La malade a engraisé de 2 kgs 500.

OBSERVATION XL

Mme M..., 21 ans.

Entre à l'hôpital le 6 avril 1927.

Depuis 6 mois amaigrissement, perte de l'appétit.

Depuis 1 mois, toux émétisante, sueurs nocturnes.

Expectoration bacillifère.

Signes cliniques et radiologiques d'une tuberculose étendue bilatérale avec caverne du côté droit.

Du 26 avril au 11 juin 1927 on fait, à la malade, 20 injections de composé L. T.

A la fin du traitement état et poids stationnaires.

Conclusions

1° Le traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire doit posséder une place légitime à côté du pneumothorax artificiel et de la cure sanatoriale.

2° Il faut s'attacher, par l'examen clinique et radiologique à poser les indications de chaque arme dont on dispose contre la tuberculose pulmonaire.

3° Dans ce travail nous précisons les indications du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iodo-benzo-méthyl-formine.

4° Nous étudions un nouveau séro-médicament dénommé :

« Composé L. T. » dont nous démontrons, au préalable, l'efficacité par l'expérimentation sur le cobaye.

5° Nous exposons sur quelle conception repose ce composé.

6° Après en avoir fixé la teneur nous étudions son mode d'administration.

7° Nous examinons les incidents qu'il peut provoquer. Ces incidents peu fréquents et jamais graves sont presque toujours d'ordre uniquement local.

8° Nous pensons, après essais dans des cas très divers, qu'il convient surtout aux formes récentes, bilatérales et discrètes de tuberculose pulmonaire, celles dans lesquelles l'organisme a perdu depuis peu de temps son équilibre défensif. Il s'adresse surtout aux cas où la tuberculose est dépistée plus qu'à ceux où elle est déclarée depuis longtemps.

9° Il est en effet tout à fait inutile de recourir au composé L. T. dans les formes avancées de tuberculose pulmonaire.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- T. CURTIL. — Contribution à l'étude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire. — Thèse Paris, 1925.
- H. DUFOUR. — *Bulletins et Mémoires de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 3^e année, 35^e année, n° 9 et 10, 13 mars 1919.
- 3^e série, 35^e année, n° 18, 27 mai 1920.
- *La Médecine*, mai 1921.
- *Journal de Médecine de Paris*, janvier 1925.
- CH. GARIN. — *Presse Médicale*, 21 septembre 1927.
- G. GOUVERNAIRE. — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'acide arsénieux. — Thèse Paris, 1925.
- HAMANT et MÉRY. — *Paris Méd.*, 24 février 1923.
- M. JACQUEROD. — *Presse Médicale*, 25 juin 1927.
- A. JOUSSET. — *Traité de Pathologie Médicale*, par Sergent, tome XVII.
- E. LEURET. — *Clinique et Laboratoire*, 20 février 1927.
- PISSAVY. — *Formes cliniques de la tuberculose du poumon et de la plèvre*, Doin Edit., 1921.
- G.-H. ROGER. — *Nouveau traité de Méd.*, par Roger, Widal, Tessier, tome IX.
- SEZARY et BENOIST. — *Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 20 juillet 1927.
- TROTOT. — *Gazette Méd. du Centre*, 15 août 1926.
-

Bibliographie

MR. COMMERCIALE PERRETS, LIMOOGS

